

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DIVERTICULES DU DUODENUM

Leurs Rapports avec les Affections Hépatobiliaires

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Décembre 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BEDU François-Joseph-Denis-Emile

né à Avion (P.-de-C.) le 19 Mai 1919.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président</i>
	SIMONIN,	Professeur, <i>Juge.</i>
	LAMY,	Agrégé, <i>Juge.</i>
	BODART,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE

DOURIEZ-BATAILLE

5, rue Jacquemars-Giélée

LILLE

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DIVERTICULES
DU DUODENUM**

Leurs Rapports avec les affections Hepatobiliaires

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DIVERTICULES DU DUODENUM

Leurs Rapports avec les Affections Hépatobiliaires

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Décembre 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

BEDU François-Joseph-Denis-Emile

né à Avion (P.-de-C.) le 19 Mai 1919.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

}	MM. PERRIN,	Professeur, <i>Président</i>
	SIMONIN,	Professeur, <i>Juge.</i>
	LAMY,	Agrégé, <i>Juge.</i>
	BODART,	Agrégé, <i>Juge.</i>

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE
DOURIEZ-BATAILLE
5. rue Jacquemars-Giélée
LILLE
1936

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I * ;
 WEISS, O *, I * ; BOUIN, O *, I * ; ANCEL, *, I * ;
 GARNIER *, I * ; MACÉ *, I * ; P. PARISOT, O *, I * ;
 M. DUFOUR, *, I * ;

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique des malad. syphil. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FRÉLICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchem.	M. A. FRUHINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JAQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C. *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie et Parasitologie médic.	M. DE LAVERGNE, *, I *
Thérapeutique	M. SIMONIN, A *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I * M. WATRIN, *, I * M. A. BINET, *, I *

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, *, I *, agrégé. M. P. SIMONIN, A *, professeur.
Pathologie générale	M. DROUET, A *, agrégé.
Clinique Gynécologique	M. A. BINET, *, I *, Professeur sans chaire
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, *, I *, profes.
Clinique des Vieillards	M. DROUET, I *, agrégé
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, *, I *, Professeur sans ch.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, agr., libre.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I *, ch. de c. ag. lib.
Accouchements (cours théorique).	M. JOB, *, I *, Professeur sans chaire
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. KISSEL, agrégé
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O. R. L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. MERKLEN, A *	M. MUTEL, *, I *
M. FLORENTIN.	M. VERMELIN, *, A *
M. BODART.	M. GUILLEMIN, A *
M. CHALNOT.	M. ABEL, *, I *
M. WOLFF, A *	M. DROUET, A *
M. POURSINES. (Détaché)	KISSEL.
M. MELNOTTE, O *	



Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I * ; S. RÉMY, I * ; BUSQUET, I * ;
 BARTHÉLEMY, *, I * M. LAMY, *, I *
 M. TRIBOLET, I *, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES SŒURS

Témoignage de profonde amitié.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR L'ABBÉ VAN BEVERLUYS

Curé de Feignies

Respectueux hommage.

A TOUS MES AMIS

AU PROFESSEUR A. BERNARD

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
auprès duquel nous avons toujours trouvé le
meilleur accueil.

A TOUS MES MAÎTRES
et en particulier

AU PROFESSEUR E. CAMELOT,
Externat 1932

AU PROFESSEUR L. LANGERON
Externat 1933

Les deux années passées dans leur service
ont été pour nous la base la plus solide de
notre formation médicale.

AU PROFESSEUR BILLET
Doyen de la Faculté Libre de Médecine

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR REVERCHON

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR LEFEBVRE

AU PROFESSEUR PERRIN

Il nous fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Qu'il reçoive ici nos
hommages les plus respectueux.

A MES JUGES

INTRODUCTION

Les diverticules duodénaux sont à l'ordre du jour. Il ne se passe de mois sans que des cas soient présentés dans les Sociétés savantes de Paris et de Province. Des travaux d'ensemble, des revues générales ont paru au cours de ces dernières années sous la signature des personnalités les plus compétentes. Il y a quelques mois, la thèse de Jacques MIALARET, thèse volumineuse bourrée de faits, étudie le traitement des diverticules et insiste particulièrement sur la technique chirurgicale.

Nous avons eu l'occasion d'observer au cours de ces deux dernières années, avec notre Maître, le Professeur A. BERNARD, plusieurs malades traités à la Clinique Saint-Camille ou à son dispensaire de Gastroentérologie et porteurs de diverticules duodénaux. Par une coïncidence curieuse, ces malades apparaissaient presque tous cliniquement comme des hépto-biliaires. Et ceci nous a incité à étudier particulièrement dans ce travail, les rapports entre les diverticules duodénaux et les affections hépatobiliaires.

Il nous a paru toutefois indispensable de faire le point brièvement, de placer le diverticule duodénal dans le cadre de la pathologie. En quelques pages, nous avons voulu rappeler les grandes dates de

l'historique, définir le diverticule, en rappeler les caractères essentiels, soulever enfin le problème pathogénique, problème complexe dont l'étude complète dépasserait à elle seule le cadre de notre travail.

Malgré les essais de LOEPER, il est bien difficile d'admettre au diverticule duodénal une physionomie clinique propre, le seul lien qui réunit tous les cas observés, c'est la radiographie. C'est d'elle qu'il faut parler d'abord, c'est sur elle qu'il faut s'appuyer, car c'est le seul terrain solide au milieu des aspects variables, tous plus trompeurs les uns que les autres, sous lesquels se cache le diverticule duodénal. Outre qu'il me fera disposer d'une base de départ solide, ce plan aura l'avantage de nous donner un vocabulaire pour exposer en quelques lignes dans la suite, les observations personnelles ou non que nous rapporterons.

A partir de ce moment, nous laisserons de côté les diverticules duodénaux en général, pour nous attacher spécialement à « ceux qui » se traduisent » par des signes hépatobiliaires. Et d'abord, nous interrogerons la littérature médicale. Nous passerons en revue les observations des auteurs auxquelles nous joindrons quelques observations personnelles. Nous essayerons de classer les faits rapportés dans ces observations et qui « pourraient » être rapportés aux diverticules. Nous n'intitulerons pas cette partie de notre étude : « expression » clinique hépatobiliaire des diverticules duodénaux, car nous verrons dans la suite combien mince est la part de responsabilité du diverticule dans la pathogénie de ces signes cliniques, mais

« Différents types de syndromes hépatobiliaires rencontrés en même temps qu'un diverticule duodénal ».

C'est précisément la critique de ces observations que nous ferons dans une quatrième partie, intitulée « Rapports du diverticule avec la symptomatologie hépatobiliaire ».

Nous serrons le problème de plus près et verrons combien rares sont les cas où le diverticule « doit » être rendu « certainement » et « seul » responsable des phénomènes cliniques observés. Nous constaterons qu'il s'agit dans ces cas de diverticule compliqué ou selon l'expression actuellement consacrée, de « diverticulite ».

Enfin, sans empiéter sur le domaine de la chirurgie et décrire les techniques opératoires, nous étudierons brièvement les indications du traitement chirurgical et les résultats que l'on est en droit d'en attendre.

Voici donc quel sera le plan de notre étude :

PREMIÈRE PARTIE

Généralités sur le diverticule duodénal

- Historique.
- Définition.
- Etiologie.
- Anatomie pathologique et histologie.
- Classification.
- Pathogénie : diverticules acquis.
diverticules congénitaux.

DEUXIÈME PARTIE

Radiologie des diverticules duodénaux

- I. — Radiographie sans préparation.
- II. — Radiographie après opacification du diverticule.

Technique.

Résultats : images diverticulaires.
modification du transit duodéal.
signes de « diverticulite ».

- III. — Les causes d'erreur.

TROISIÈME PARTIE

Etude clinique: - Différents types de syndromes hépatobiliaires rencontrés en même temps qu'un diverticule duodéal.

- I. — La fréquence de ces syndromes dans le diverticule.
- II. — Le syndrome à type de colique hépatique.
- III. — Le type cholécystite aiguë.
- IV. — L'ictère par rétention.
- V. — La cirrhose et l'insuffisance hépatique.

QUATRIÈME PARTIE

Le diverticule duodéal peut-il déterminer des troubles hépatobiliaires ?

- I. — La « Colique hépatique ».
- II. — Le type « Cholécystite aiguë ».
- III. — L'ictère par rétention.
- IV. — Par quel mécanisme le diverticule duodénal provoque-t-il des signes hépatobiliaires ?

CINQUIÈME PARTIE

Le traitement

Indications.

Traitement chirurgical.

Existe-t-il un traitement médical ?

CONCLUSION

Avant de commencer l'étude de ces différents points, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance au Professeur A. BERNARD pour les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de nos années d'études médicales, tout spécialement pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et nous avoir guidé dans sa réalisation.

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITES SUR LES DIVERTICULES DUODÉNAUX

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On peut distinguer dans le bref exposé de l'historique que nous allons faire trois périodes : une première période préradiologique où le diverticule est trouvé dans de rares autopsies et n'est considéré que comme une curiosité anatomique. Puis à l'aide de la radiologie, on voit qu'il ne s'agit pas d'une affection exceptionnelle et la tendance naturelle est de rattacher au diverticule trouvé radiologiquement, tous les maux les plus variés qui ont amené le malade à consulter. C'est un chapitre nouveau qu'on annexe à la pathologie digestive et dont les horizons paraissent illimités. Ces dernières années enfin, il a fallu se rendre compte d'un fait :

la rareté des cas où le diverticule était réellement responsable des symptômes qu'on pouvait lui rapporter.

Voyons donc quels sont les grands noms qui se rattachent à l'histoire du diverticule duodénal.

En 1710, CHOMÉL décrit une « poche duodénale située à la jonction du canal cholédoque et contenant 22 calculs », il est douteux qu'il s'agisse d'un diverticule vrai.

En 1760, MORGAGNĀ découvre à l'autopsie d'un homme mort d'hémorragie cérébrale un diverticule net muni d'un pédicule.

D'autres découvertes d'autopsies furent publiées par RAHN (1791), par ROKITANSKI (1809), par FLEICHMANN (1815).

Le premier travail sur la question est celui d'HARLEY en 1857. En 1898, il faut noter un important travail de LETULLE et de ses élèves, qui attirèrent l'attention sur les « diverticules périvatiériens ». Puis FALCONER (1907) et BUSCHI (1911) discutent la pathogénie de l'affection.

Mais on déniait jusque là, aux diverticules, toute importance au point de vue clinique. C'est ROSENTHAL qui, le premier, en 1908, affirme le rapport entre la présence d'un diverticule duodénal et certains syndromes cliniques.

Et bientôt, l'examen radiologique confirmera cette affirmation hardie en même temps qu'il montrera la relative fréquence des diverticules duodénaux. Il faut citer ici le nom de CASE ; c'est lui qui, en 1913, publie le premier cas de diverticule diagnostiqué sur le vivant. Ce sont ses travaux ultérieurs qui sont à la base de l'aspect moderne de la

question. En 1915, FORSELL et KEY opèrent d'un diverticule duodénal diagnostiqué radiologiquement une malade de 45 ans. L'intervention amène la disparition des troubles gastriques à type ulcéreux qui avaient amené l'examen radiologique. Malgré de nombreuses publications étrangères sur lesquelles nous passerons, ce n'est qu'en 1923 (thèse de GREDER) que la question est mise à l'honneur en France. Les publications françaises se succèdent alors et en 1926, dans une revue générale, BENSAUDE et VASSELLE peuvent dire : « En une dizaine d'années, la pathologie digestive vient de s'enrichir d'un chapitre nouveau ».

Depuis cette époque, en dehors des observations publiées dans toutes les sociétés savantes (DELHERM, GILSON et BARIETY, LECÈNE, Félix RAMOND, JACQUELIN et QUENU, etc.), et sur lesquelles nous n'insistons pas, il nous faut citer les thèses de GARNIER, de MARUANI, de DORFMAN-MOTEL, de DUVERDIER, de MIALARET et de nombreuses études d'ensemble par GRÉGOIRE, ROBINEAU et GALLY, HILLEMAND et GARCIA CALDERON, LOEPER et BIOY.

Ces travaux récents ont éclairé d'un jour nouveau les questions controversées de la pathogénie, du rôle pathologique et du traitement des diverticules duodénaux. C'est à la lumière des faits nouveaux qui y sont rapportés que nous étudierons la question en commençant par la limiter exactement en définissant le diverticule duodénal.

CHAPITRE DEUXIEME

DÉFINITION DES DIVERTICULES DUODÉNAUX ÉTIOLOGIE - ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE - CLASSIFICATION

DÉFINITION

DIEZ et MURTAGH ont donné des diverticules duodénaux la définition suivante : « Les diverticules « duodénaux sont des formations sacculaires développées aux dépens de la paroi intestinale « constituées par une ou plusieurs de ces tuniques « et communiquant avec sa lumière par un orifice « plus ou moins rétréci » (*Pressa Méd. Argentina*, Juillet 1928).

Cette définition nous paraît pleinement satisfaisante si on y ajoute la notion de permanence. Nous verrons, en effet, que certaines images diverticulaires peuvent disparaître d'un examen radiologique au suivant.

ÉTIOLOGIE

Les diverticules duodénaux sont relativement fréquents si on se rapporte aux statistiques de

MAHN, ANDREWS, CASE, MAC MILIAN, citées dans la thèse de MIALARET. Voici ces statistiques dont les résultats sont pratiquement concordants : sur 4.235 examens radiologiques du duodénum, MAHN trouve 48 diverticules, soit une proportion de 1,12 pour cent ; ANDREWS fait 2.200 examens et constate la présence de 26 diverticules, soit 1,8 pour cent ; CASE et MAC MILIAN, sur 6.847 et 653 examens, obtiennent des proportions de 1,2 pour cent et 1,5 pour cent ; KEELER, en 1922, donne une proportion de 3,7 pour cent, mais il ne s'appuie que sur 108 examens. Nous dirons donc à la suite de MIALARET que la fréquence est de 1,2 pour cent environ.

Les observations publiées sont en général celles de malades de 40 à 70 ans, mais il est faux de dire qu'il s'agit d'une affection de l'adulte et du vieillard. Nous verrons, en effet, qu'il existe de nombreux diverticules congénitaux. Mais c'est chez l'adulte et le vieillard que le diverticule donne des manifestations cliniques. L'âge moyen des malades de la statistique de HORTON et MUELLER est 60 ans. Les autres statistiques sont concordantes sur ce point.

Le sexe ne paraît pas avoir l'influence que certains auteurs ont voulu lui accorder. Les statistiques sont discordantes :

EDWARDS : 263 cas, 151 femmes, 112 hommes.

HORTON et MUELLER : 122 cas, 44 femmes, 78 hommes.

ODGERS (cas opérés) : 21 cas, 19 femmes, 2 hommes.

MIALARET (cas opérés) : 141 cas, 88 femmes, 53 hommes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En général, le diverticule est unique, mais des cas de diverticules multiples ont été signalés. On parle alors de diverticulose duodénale. Quelquefois, le diverticule duodéal est associé à d'autres diverticules disséminés le long du tube digestif (colon, iléon, œsophage).

Les dimensions du diverticule duodéal sont extrêmement variables. On rencontre des diverticules allant de la taille d'une petite noisette à celle d'une mandarine.

La forme est également différente suivant les cas. Certains diverticules sont sessiles, s'ouvrant dans le duodénum par un large orifice, le collet est peu marqué. D'autres sont en forme de doigt de gant de calibre régulier. D'autres enfin, les plus intéressants au point de vue chirurgical, sont munis d'un pédicule qui peut atteindre plusieurs centimètres.

Le diverticule siège le plus fréquemment sur la deuxième portion du duodénum (112 fois sur 174 cas d'après la statistique de LOEPER), presque toujours sur le bord interne. Mais toutes les localisations ont été rencontrées : première portion, troisième et quatrième portion, angle duodénojejunal. Si on envisage tous les cas rapportés, on est frappé par le fait que la très grande majorité des diverticules s'insèrent sur le bord concave de l'anse duodénale.

Par rapport au pancréas, le diverticule peut affecter trois dispositions différentes : tantôt, il est en avant de la glande, dans la cavité péritonéale, enveloppé de séreuse. Il s'agit souvent d'un diverticule volumineux, tantôt il est en arrière, dans le tissu conjonctif rétroviscéral, enfin, il peut être intra-pancréatique.

La question la plus importante au point de vue clinique est celle de l'infection du diverticule. On constate fréquemment en effet, une inflammation légère du sac diverticulaire, mais surtout de la péri-diverticulite avec brides et adhérences aux organes voisins. Disons tout de suite qu'on a tendance actuellement à considérer la « diverticulite » et la « péri-diverticulite » comme nécessaires pour qu'un diverticule puisse être rendu responsable des symptômes observés.

HISTOLOGIE

La structure du diverticule rappelle celle du duodénum. La séreuse existe ou n'existe pas suivant que le diverticule s'est développé en portion péritonisée ou non. Quelquefois, la musculouse est absente ou n'existe qu'au collet. Souvent, elle est amincie. Les faisceaux des couches longitudinales et circulaires sont dissociés et donnent un aspect grillagé (CARNOT et PERON). La muqueuse est souvent atrophiée (GREDER). Les glandes de Lieberkuhn et Brunner sont moins nombreuses que sur la muqueuse normale.

CLASSIFICATION

Aux anciennes classifications rigides, basées sur l'Histologie (diverticules vrais ou « totaux » et « hernies muqueuses ») sur le siège d'implantation, sur des pathogénies discutées, il paraît plus simple de substituer une classification clinique et distinguer :

- 1^o) Le diverticule muet, latent : c'est le « diverticule » tout court, le diverticule non compliqué d'infection ;
- 2^o) Le diverticule qui se manifeste par des signes cliniques que l'examen permet de lui rapporter réellement. C'est le « diverticule compliqué », le plus souvent, d'infection.

Aujourd'hui, à la suite de LOEPER et de bien d'autres auteurs, on parle de « diverticule » et de « diverticulite ».

CHAPITRE TROISIEME

PATHOGÉNIE

La pathogénie des diverticules du duodénum est encore mal élucidée ; la plupart des auteurs qui ont étudié les diverticules duodénaux ont échaudé des hypothèses qui ont pour certaines le mérite de satisfaire l'esprit même si elles ne correspondent que de très loin à la réalité. Nous ne nous engagerons pas dans la discussion de ces diverses hypothèses, nous nous contenterons de tracer à grands traits l'état actuel de la question en insistant sur quelques points qui nous aideront plus tard à préciser les rapports entre le diverticule duodénal et les affections hépato-biliaires.

Déblayons d'abord le terrain des diverticules para-ulcéreux. De très nombreuses théories ont été proposées pour expliquer l'existence de ces diverticules par pulsion sur un duodénum anormalement flasque. En réalité, on a l'impression qu'il s'agit souvent de faux diverticules qu'on ne retrouve pas à un second examen radiologique. De toute façon, ces diverticules n'ont pas d'intérêt pour nous, ils s'accompagnent d'une symptomatologie ulcéreuse,

les clichés en série du duodénum montrent une déformation constante signant l'ulcus. Ils n'ont donc aucun rapport avec les affections hépato-biliaires.

Les hypothèses les plus couramment proposées pour expliquer la formation du diverticule duodénal, sont au nombre de trois :

1°) *Diverticules par traction* : on envisage très bien la formation d'un diverticule par traction dans les périoduodénites par adhérence d'un organe voisin (Choledoque, vésicule, pancréas, appendicite sous-hépatique).

2°) *Diverticule par pulsion* : Ce sont de véritables hernies de la muqueuse à travers la musculuse. Ces hernies se font en des points d'élection : passage du cholédoque, passage d'un vaisseau (Klebs, Latarjet) dans la paroi. La cause provoquant l'augmentation de la pression duodénale est mal connue.

3°) Surtout *Diverticule par anomalie congénitale de la paroi intestinale*, et cette anomalie se caractérise soit par la disposition anormale des fibres musculaires, soit par l'existence de fibro-adenomes (glandes pancréatiques accessoires de Laguesse) pouvant dissocier la musculuse et faciliter l'apparition du diverticule.

La majorité des auteurs est d'accord pour admettre que la pulsion doit s'associer à une paroi affaiblie pour créer le diverticule lorsqu'il s'agit de diverticule acquis.

Mais, puisque le diverticule peut rester silen-

cieux, on peut très bien admettre qu'il existe des cas de diverticules congénitaux. Pour LETULLE et René MARIE, les diverticules sont vraiment des *malformations congénitales*, qui s'accroissent lentement et se manifestent cliniquement vers 50 ans. Cette théorie est séduisante car on sait que le duodénum est un organe qui subit de profondes modifications au cours du développement. C'est un organe fertile qui donne des digitations formant le foie et le pancréas. La zone fertile du duodénum primitif correspond au siège d'élection du diverticule. Enfin, n'a-t-on pas observé des diverticules sur le duodénum embryonnaire.

En somme, si on excepte les diverticules par traction où nous avons vu le rôle de la périoduodénite et quelques diverticules vrais para-ulcéreux, on voit qu'il faut admettre dans tous les cas, une malformation congénitale : anomalie de la paroi intestinale si le diverticule n'est pas lui-même congénital. C'est là un point très important, sur lequel nous reviendrons lorsque nous déterminerons le rôle du diverticule non compliqué dans les syndromes hépato-biliaires observés en même temps qu'un diverticule duodénal.

DEUXIÈME PARTIE

LA RADIOLOGIE DU DIVERTICULE DUODENAL

Le diverticule duodénal n'a pas une physionomie clinique qui lui est propre. Il ne possède qu'une symptomatologie d'emprunt en rapport avec l'inflammation légère de la poche et surtout en rapport avec l'état des organes de voisinage : estomac, voies biliaires, pancréas. On peut poser en principe qu'un examen radiographique n'est jamais pratiqué pour vérifier un diagnostic clinique de diverticule duodénal. Mais c'est lui qui, pratiqué chez un malade soupçonné d'ulcère ou d'affection des voies biliaires, montre l'existence d'une image anormale au niveau du duodénum. Cette image qui peut se présenter comme nous allons le voir sous plusieurs aspects, *ne doit pas passer inaperçue* à l'œil du radiologiste. Il faudra en cas de doute, répéter les examens en diverses positions, car on ne peut pas laisser échapper ce signe, le *seul* sur lequel repose le diagnostic. C'est pour cette raison qu'avant d'aborder l'étude des manifestations hépatobiliaires des diverticules duodénaux,

nous voulons insister un peu sur la technique et les résultats de la radiologie.

I. - RADIOGRAPHIE SANS PRÉPARATION

On ne la fait pas pour le duodénum bien entendu, mais en recherchant un calcul biliaire, par exemple, des radiologues exercés ont pu apercevoir *une ombre arrondie* ressemblant à un calcul située en dehors du trajet du cholédoque et en dehors de la vésicule, ou encore une *petite bulle gazeuse* correspondant à la cavité distendue.

II. - RADIOGRAPHIE APRÈS OPACIFICATION DU DIVERTICULE

L'opacification du diverticule par la bouillie barytée est facile lorsqu'il s'agit d'un sac volumineux à large collet, mais on conçoit que la substance opaque pénètre difficilement dans un petit diverticule à collet étroit et à long pédicule. C'est pour cette raison que des techniques spéciales ont été mises au point pour l'examen radiologique de ces formations.

A) TECHNIQUE DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Plusieurs méthodes ont été préconisées pour l'absorption de la bouillie barytée, mais quelle que soit celle qui sera utilisée, il est indiqué d'opérer sur un malade à jeun depuis la veille, n'ayant absorbé aucun laxatif les jours précédents, à qui on aura administré de la teinture de belladone à forte

dose ou de l'atropine pour éviter des contractions spasmodiques du duodénum.

On peut donner au malade un simple repas baryté, surveiller le passage de la bouillie dans le duodénum et prendre des clichés en série.

Le double repas baryté, la seconde absorption suivant la première à une demi-heure d'intervalle par exemple, permet de constater dans quelques cas une « tache résiduelle » caractéristique, mais provoque la superposition d'ombres intestinales gênantes.

CASE a mis au point une technique qu'il décrit ainsi : « Le malade debout devant l'écran avale le « tiers d'un verre d'eau dans laquelle on a délayé « une cuillerée à café bien pleine de sulfate de baryum. On observe avec soin la région pylorique « pour se rendre compte de ce qui se passera dès « que le mélange opaque l'atteindra ; la mixture « passe ordinairement immédiatement dans le duodénum de sorte que dès le début de l'examen, le « duodénum est visible. Ce simple mélange est « suivi du repas au baryum proprement dit, qui « se compose de 30 grammes de sulfate de baryum « dans un verre de noix maltées chaudes ou de lait « malté chaud, et de 30 grammes de ce même sel « dans un verre de petit lait froid ». Cette méthode fait contracter le duodénum et permettrait sa repletion complète.

Quelle que soit la technique utilisée, il importe d'examiner successivement le malade: debout, dans le décubitus dorsal, dans le procubitus surtout. BENS AUDE et VASSELLE, HILLEM AND et GARCIA CAL-

DÉRON examinent le malade dans le décubitus ventral avec légère inclinaison sur la droite.

Malgré ces précautions, bien des diverticules risquent d'échapper à l'examen, cachés par l'antrum pylorique, le bulbe, l'estomac. On examinera le duodénum, segment par segment, en déplaçant l'opacité gastrique à l'aide de la palpation sous écran.

Enfin, dans des cas très difficiles, on pourra utiliser le procédé de l'opacification isolée du duodénum par sondage. C'est SHIFFER qui, à l'aide d'un tube à double lumière, a pu distendre modérément la première et la deuxième portion, injecter ainsi des diverticules jusque là méconnus et surtout les isoler de l'ombre gastrique.

Nous n'insistons pas sur l'amélioration que la stéréo-radiographie apporte à ces méthodes.

B) RÉSULTATS

On peut observer :

1° *des images caractéristiques :*

- une niche type « Haudeck » ;
- une injection de tout le diverticule ;
- une image à « double contraste » ;
- une « tache résiduelle ».

2° *des modifications du transit duodénal.*

3° *La radiologie permet de distinguer « diverticule » et « diverticulite ».*

1° *Les images caractéristiques du diverticule.*

La niche du type de celle décrite par HAUDECK dans l'ulcère gastrique se voit en position verticale.

On retrouve dans les cas typiques, le double niveau liquide surmonté d'une bulle d'air.

Si on fait coucher le malade, on note une ombre anormale uniformément opaque aux limites ordinairement précises et régulières, le plus souvent arrondie. Quelquefois cette image est déformée par la pression d'un organe voisin qui déprime le diverticule et souvent y adhère (Observation originale Numéro IV : Déformation de l'image diverticulaire par la vésicule). Il faudra préciser les rapports de ces images avec le duodénum, ce que rend difficile le fait que lorsque le pédicule est étroit, il n'est pas injecté.

Lorsque la poche est remplie d'air, on peut observer quelquefois l'image rare, mais caractéristique décrite par HILLEMANN sous le nom d'image « à double contraste » : la baryte s'infiltré difficilement, en petite quantité, et donne une tache claire avec bordure opaque fine.

Enfin, une dernière image caractéristique du diverticule est la « tache résiduelle » après évacuation gastro-intestinale. Cette image doit être recherchée par des examens systématiques du duodénum 6 heures, 24 heures après l'ingestion de baryte et même plus tardivement. On sait que CASE a pu mettre cette image en évidence sept jours après le premier examen radiologique.

2° *Modifications du transit duodénal.*

Un diverticule non enflammé, non accompagné d'ulcus n'apporte souvent aucun trouble de l'évacuation. Mais, la diverticulite, la périduodénite, les réactions inflammatoires pancréatiques ou vésicu-

lares influent sur la traversée duodénale. On peut observer un transit ralenti avec dilatation et atonie, ou au contraire, un rétrécissement spasmodique localisé.

La radiologie permettra encore de préciser le siège d'implantation du diverticule et ses rapports avec le pancréas, les voies biliaires, l'estomac. La stéréo-radiographie rendra pour ces recherches, des services éminents.

3° *La radiologie permet de diagnostiquer la « diverticulite ».*

C'est ici qu'il faut insister sur l'importance de la palpation sous écran, menée méthodiquement avec un palpum de petite dimension. DEMOLE et AZIZ ont précisé récemment les éléments du diagnostic entre « diverticule » et « diverticulite ». Ils opposent ainsi les deux images : « L'image diverticulaire est insensible à la palpation et mobilisable par le palper. L'image de la diverticulite n'est pas mobilisable, toute tentative de mobilisation détermine une douleur plus ou moins vive. Les contours sont rigides. Enfin, on observe une rétention prolongée. Il faut bien dire toutefois que dans la réalité, les choses ne sont pas aussi nettes.

III. - LES CAUSES D'ERREUR

« Une tache opaque à contours nets, apparaît
« raissant après le début de l'évolution pylorique,
« au voisinage immédiat de l'anneau duodéal et
« reliée à lui par un pédicule à plissement mu-
« queux visible, tache dont le contenu forme en

« décubitus une ombre arrondie et donne en position verticale un niveau horizontal ; tache qui persiste des heures et même des jours après l'évacuation gastroduodénale, ne peut être qu'un diverticule » (HILLEMAND).

Mais les cas les plus nombreux sont atypiques et l'image observée est difficile à distinguer de celle donnée par des affections duodénales et extraduodénales dont nous allons passer en revue les principales.

Nous n'insisterons pas sur les calculs de la vésicule du pancréas ou du rein, non plus que sur le diagnostic des tumeurs duodénales.

Il est classique d'insister sur quatre diagnostics :

a) *la niche ulcéreuse* qui pourtant avec sa petite taille, son aspect irrégulier, la rétention moins prolongée se distingue en général nettement de l'image diverticulaire.

b) *L'ouverture d'un ulcère dans la vésicule biliaire*, qui donne lieu à la repletion de la vésicule par la baryte et se caractérise par des images avec niveau liquide et bulle d'air. Voici les signes différentiels donnés par HILLEMAND : siège sur la convexité du duodénum, grandes dimensions de l'ombre et sa forme ovale, aspect irrégulier du trajet fistuleux avec souvent déformations marquées de périépiduodénite.

c) *L'ouverture d'un ulcus dans une poche péri-tonéale* : est caractérisée par une image à contours très irréguliers, s'accompagnant de déformations

duodénales importantes, dues à de nombreuses adhérences inflammatoires.

d) *La dilatation de l'ampoule de Vater* qui pose un problème plus délicat. En faveur de l'ampoule de Vater, il y a d'abord le nœge à mi-hauteur de la deuxième portion, mais les auteurs insistent surtout sur deux points : l'absence de rétention et la possibilité d'une image spéciale à terminaison effilée et quelquefois bifide, due à la réplétion plus ou moins complète des deux canaux excréteurs du pancréas. La seule différence certaine pour ROBINEAU serait l'existence d'un pédicule qui trancherait en faveur du diverticule.

Plus récemment, on a insisté sur les *Niches duodénales spasmodiques para-ulcéreuses*. L'étude de ces niches a réduit de beaucoup l'importance de l'ancien chapitre des diverticules para-ulcéreux. Radiologiquement, en plus de leur coexistence avec un ulcère, elles se traduisent par leur variabilité d'un examen radiologique à un autre. Leur existence doit inciter le radiographe à ne pas porter le diagnostic de diverticule sur un examen isolé.

On voit donc que si le diagnostic de diverticule duodénal est possible à affirmer dans des cas typiques, il reste des cas, relativement nombreux, où il ne s'agit que d'une probabilité vérifiée ou non par l'intervention.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

DIFFÉRENTS TYPES DE SYNDROMES HÉPATOBILIAIRES RENCONTRÉS EN MÊME TEMPS QU'UN DIVERTICULE DUODENAL

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITES

LIMITATION DU SUJET

La lecture attentive des observations rapportées par les auteurs oblige à formuler quelques exigences : On ne doit parler de manifestations hépatobiliaires que s'il existe au moins *quelques signes physiques* (et ce sera surtout la douleur provoquée localisée à la région vésiculaire et l'ictère survenant après la poussée douloureuse), ou *quelques*

signes fonctionnels (siège des douleurs à l'hypochondre droit avec irradiation scapulaire, diarrhée post-prandiale, sensibilité aux œufs, aux graisses, au chocolat) d'allure nettement hépatobiliaire. D'autres signes sont déjà moins électifs, les migraines par exemple. D'autres, au contraire, n'ont aucune spécificité et nous pensons surtout à l'un des signes les plus fréquents du diverticule : les vomissements. On conçoit facilement que ces différents éléments n'étant pas toujours décrits, l'interprétation des faits rapportés est souvent difficile.

FRÉQUENCE

Afin d'établir la fréquence de cette séméiologie hépatobiliaire ainsi comprise, nous avons dépouillé la plupart des observations publiées à ce jour, auxquelles nous avons ajouté nos observations personnelles. Sur 155 observations assez précises pour permettre une opinion motivée, nous avons évalué à 35 le nombre de celles qui entrent dans ce cadre. Sur 4 ou 5 diverticules duodénaux, il y en aurait donc un qui s'accompagnerait de signes vésiculaires ou hépatiques.

CLASSIFICATION

On est d'ailleurs surpris immédiatement par le nombre très considérable des manifestations à type vésiculaire. Sur ces 35 cas, 25 se traduisent par des accidents douloureux à type de colique hépatique souvent réunis par un fond de cholécystite

chronique. Nous n'avons trouvé qu'un cas où le diagnostic posé a été celui de cholécystite aiguë perforée. Enfin, 7 cas se rapportent à un ictère par rétention et 2 cas se sont accompagnés de signes de cirrhose et d'insuffisance hépatique.

Nous étudierons donc successivement :

Les manifestations à type de colique hépatique ;

Le type « cholécystite aiguë » ;

L'ictère par rétention ;

La cirrhose et l'insuffisance hépatique.

CHAPITRE DEUXIEME

LES MANIFESTATIONS A TYPE DE COLIQUE HÉPATIQUE

Nous les étudierons d'après 21 observations parues dans la littérature et d'après 4 observations originales recueillies dans le Service du Professeur BERNARD. Dans ces observations, nous avons retrouvé les éléments suivants que nous passerons rapidement en revue :

la douleur ;

le vomissement ;

l'ictère ;

la température ;

et accessoirement, d'autres manifestations cliniques.

A. — LA DOULEUR

Son apparition semble nettement influencée par un repas important. C'est généralement une douleur tardive survenant 3 ou 4 heures après le repas de midi, rarement le soir ou la nuit. Elle revêt

le plus souvent une intensité très considérable suffisante pour obliger le patient à se coucher et n'est calmée que par l'injection d'un centigramme de morphine.

Elle survient d'abord, sous forme de paroxysmes douloureux, séparés par des intervalles de santé parfaite ; rarement (1 cas), elle affecte une périodicité comparable à celle de l'ulcère, tout en s'accompagnant de troubles vésiculaires nets. En règle générale, les douleurs tendent à devenir plus violentes et à s'invétérer, retentissant à la fois sur l'état physique du malade (amaigrissement par crainte de voir les crises se reproduire) et sur son état moral (tendance neurasthénique).

La douleur siège généralement à l'hypocondre droit (les deux tiers des cas) ou plus rarement à l'épigastre. Le siège peut varier d'une crise à l'autre, d'épigastrique devenir vésiculaire ou réciproquement. Enfin, dans bien des observations, les douleurs sont simplement qualifiées d'abdominales. Le siège de la douleur provoquée est à peu près aussi vague, quoiqu'on ait l'impression que le maximum de celle-ci tend à se localiser vers le point de Murphy ou la région pancréatico-cholédonienne.

L'irradiation de la douleur n'est que rarement précisée dans les observations, tantôt elle se fait vers l'épaule droite, quelquefois vers le flanc ou vers le dos. On manque encore plus de renseignements explicites sur la durée de ces accidents, mais la plupart des auteurs assimilant formellement les crises douloureuses à la colique hépatique, on peut sans avoir l'impression de trahir leur pensée, leur assigner une durée voisine.

Enfin, cette douleur peut exiger pour s'apaiser l'injection de morphine, parfois le malade réussissant à ruser avec elle, la calme par des ingestions alimentaires, par des ingestions alcalines, par le décubitus latéral gauche, à moins que des vomissements ne viennent terminer la crise.

B. — LES VOMISSEMENTS

Ils sont presque de règle au même titre que la douleur. Ils ne manquent que dans quelques observations. Il peut s'agir de vomissements abondants et pénibles, alimentaires, puis bilieux. Tantôt, on n'observe que de simples nausées.

C. — L'ICTÈRE

C'est là un signe possédant suffisamment la « touche » hépato-biliaire pour être noté. Il l'est dans un tiers des cas à peine : subictère léger avec urines foncées, passager au début, il peut tendre lui aussi à persister et à augmenter jusqu'à prendre le type complet de l'ictère par rétention. Il peut être compliqué parfois d'accès fébriles et simuler alors la lithias cholédocienne.

D. — AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES

On note généralement, comme dans la colique hépatique, une ascension thermique discrète (38°), une légère accélération du pouls. Le foie a quelquefois été noté un peu gros. La rate est normale.

Cette revue analytique a eu la prétention de montrer que la plupart de ces manifestations peuvent rentrer dans le cadre de la colique hépatique avec sa tendance à l'aggravation et à l'invétération. Nous nous permettons de verser ici, en contribution à cette étude, trois observations du Professeur BERNARD : l'une d'elles (Obs. I) est un bel exemple de troubles vésiculaires ayant persisté malgré la cholecystectomie pour lithiasé concomitante. La seconde (Obs. II), est un exemple assez classique de troubles vésiculaires soulagés par le traitement médical. Dans la dernière (Obs. III), il s'agit d'un diverticule par traction causé par un kyste supprimé du foie.

Ces trois observations ont été publiées dans le *Journal Belge de Gastro-Entérologie*.

OBSERVATION I

(Professeur A. BERNARD)

Madame Charl.... (N° 8.981), 49 ans, vue pour la première fois le 21-12-35. Il n'y a rien d'important à signaler dans ses antécédents. Son mari est mort diabétique ; elle a deux enfants bien portants.

Se plaint actuellement depuis 6 mois de digestions difficiles, sensation de pesanteur, sans horaire régulier. Quelques vomissements alimentaires. Aurait maigri de 7 kilogs en 4 mois. Il y a deux mois, à la suite d'une crise douloureuse plus violente (douleur en ceinture prédominant à droite) elle a présenté un ictère qui a duré quelques jours.

On constate à l'examen un léger subictère des conjonctives et un point vésiculaire nettement douloureux. Le foie ne déborde pas, la rate est normale. Le reste de l'examen est négatif.

Un examen radiographique du carrefour sous-hépatique est pratiqué le 23 décembre 1935.

On note :



OBS. I — Coexistence de calculs vésiculaires et d'un diverticule duodénal.



OBS. I. — Après cholécystectomie,



Obs II — Diverticule coïncidant avec un kyste hydatique suppuré.



Obs III. — Mme Quév...

1° Deux ombres calculeuses projetées sur la onzième côte ;
2° Un diverticule sur le bord interne de la deuxième portion duodénale ; ce dernier a une teinte irrégulière, son pédicule est assez large et présente des ombres linéaires ; on peut donc conclure que diverticule et pédicule renferment des replis muqueux et qu'ils constituent, non pas une dilatation de l'ampoule de Vater, mais un vrai diverticule duodénal.

27 Janvier 1936. — Opération : cholecystectomie par voie rétrograde. La vésicule adhérente au colon transverse et à l'épiploon est pleine de calculs. Suites opératoires normales. Au cours de l'intervention, le diverticule n'a pas été vu sur la face antérieure du duodénum. Il était, soit rétro-pancréatique, soit intra-pancréatique, on n'a fait aucune tentative d'exérèse.

11 mars 1936. — Le malade rentre à l'hôpital pour une violente colique hépatique, douleur épigastrique irradiée dans l'hypochondre et l'épaule à droite, vomissements, fièvre à 38°5. Durée 36 heures. Guérison sans ictère.

Une nouvelle série d'examens radiographiques est pratiquée. On constate la persistance du diverticule avec les mêmes dimensions et les mêmes caractéristiques tinctoriales et de plus l'antrum et la bulle se remplissent mal, le duodénum est déformé par des adhérences de périviscérite.

OBSERVATION II

(Professeur A. BERNARD)

Madame Quev., (2.258) 48 ans, vue pour la première fois le 10 mai 1935 ; depuis deux ans présente des crises le plus souvent nocturnes avec douleurs localisées dans l'hypochondre droit irradiées dans le dos et dans l'épaule droite. Parfois avec frissons et fièvre mais toujours avec vomissements.

A eu plusieurs fois de l'ictère après les crises douloureuses.

Amaigrissement notable par restriction alimentaire de crainte de souffrir.

Examen somatique : Douleur vive à la palpation de tout l'hypochondre droit ; contracture de défense empêchant de sentir la vésicule.

Radiographie : vésicule non colorée par le tétraiode — estomac orthotonique, contractions normales, évacuation en 1 heure 30.

Diverticule duodénal partant du bulbe et se dirigeant à droite. De sa portion libre, la baryte se dirige en arrière, vers le haut et redescend pour rejoindre le genu inferius. Traitement : Repos, sédatifs, désinfection et applications chaudes. Amélioration progressive, la douleur se calme et l'état général se relève rapidement.

Le 20-11-35, la malade est revue. Disparition des crises douloureuses. Une nouvelle radiographie montre la même image diverticulaire.

OBSERVATION III

(Professeur A. BERNARD)

M. Panich.... 40 ans (11.507).

6 décembre 1935 : Douleur épigastrique, 30 minutes après repas irradiée dans le dos, calmée par ingestion. Ictère fébrile depuis huit jours. Selles régulières, anorexie, pas de vomissements.

Foie déborde de 6 centimètres. Il est douloureux. Rate normale.

La radiographie montre un diverticule du bulbe duodénal développé aux dépens du genus superius.

Dans les jours suivants, la température monte en clocher à 39°. Pendant trois à quatre jours et coïncide avec une poussée douloureuse hépatique. Le foie augmente de volume, refoule le diaphragme et devient douloureux.

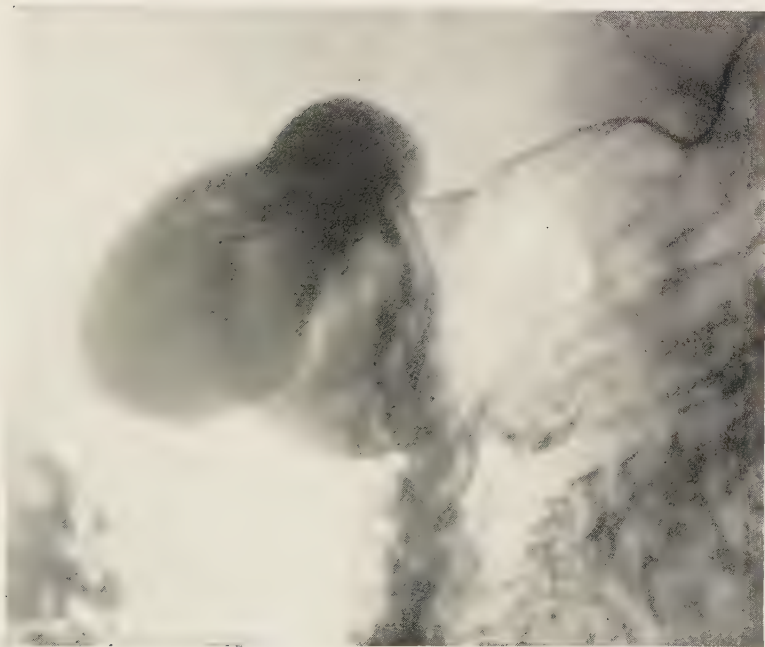
30 Décembre 1935 : Opération : kyste hydatique suppuré de volume d'une tête d'enfant ; marsupialisation et formolage. Vésicule fortement adhérente, incluse dans la masse inflammatoire. Adhérence aussi de l'angle colique droit et du bulbe à la face inférieure du foie.

Le diverticule, vraisemblablement de traction, n'a pas été retrouvé à l'intervention.

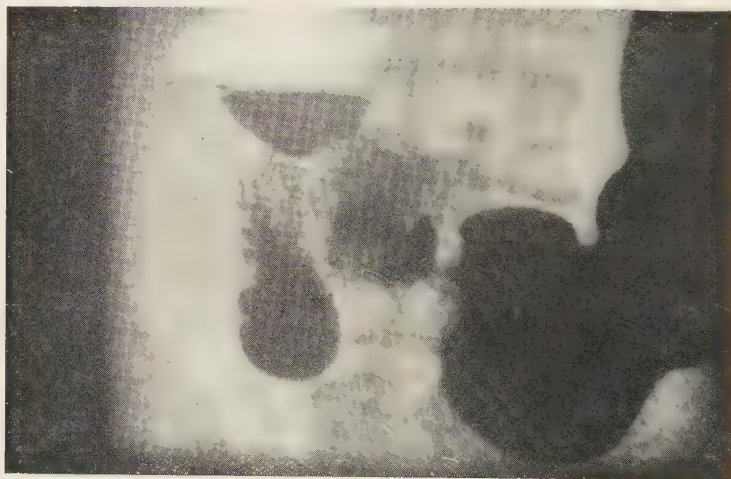
Nous citerons enfin une observation inédite du Professeur A. BERNARD, qui entre également dans le cadre de ce chapitre :



OBS. IV. — Mlle Ruck...



OBS. IV. — Mlle Ruck... **Decubitus dorsal.**



OBS. V. (Camclot, Desplats et Fruchart).

OBSERVATION IV

(Professeur A. BERNARD)

M^{lle} Ruch... 28 ans (10.148) vue le 12-6-34. Depuis 10 ans, se plaint de ballonnement épigastrique post-prandial avec renvois fréquents. Vomissement muqueux souvent le matin. A eu à plusieurs reprises des crises douloureuses dans le flanc, et la fosse iliaque droite, avec vomissements et frissons, d'une durée de 3 à 6 heures. Une de ces crises a été suivie d'ictère par rétention.

Alternances de diarrhée et de constipation.

Migraine fréquente dans la matinée.

Ne supporte pas lait, œufs, chocolat.

Amaigrissement de 8 kilogs en cinq mois.

Examen somatique : douleur épigastrique à la palpation.

Signe de Murphy positif.

Radiologie : Estomac allongé de 10 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. Bonnes contractions, évacuation en 1 heure 30.

Les graphies en série montrent un diverticule de 4 centimètres de large, long de six, partant du sommet du bulbe duodénal. Son bord droit est légèrement concave comme s'il était déprimé par un organe de voisinage (peut-être la vésicule ?). En décubitus dorsal, ce diverticule est nettement visible au milieu d'images superposées.

La vésicule n'est pas visible au tétraiode.

Formule sanguine :

Leucocytes : 7.800.

Polynucléaires neutrophiles 55

Polynucléaires éosinophiles 1

Lymphocytes 21

Mononucléaires 23

Traitement : Drainage médical des voies biliaires.

Charbon et régime des hépatiques.

Amélioration progressive et guérison en 3 mois.

CHAPITRE TROISIEME

LE TYPE « CHOLECYSTITE AIGUE »

Disons tout de suite qu'il s'agit de cas exceptionnels. Nous n'en connaissons que deux observations caractéristiques : ce sont deux observations anglaises que nous résumerons en quelques lignes.

Dans la première (MONSARRAT), il s'est produit une perforation de la poche diverticulaire simulant des accidents de cholecystite aiguë perforée : c'est l'intervention qui a rectifié le diagnostic en montrant une vésicule saine et finissant par montrer sur le bord externe de la deuxième portion du duodenum, une collection sous-péritonéale. L'exploration de cette collection a amené sur un diverticule perforé de la face postérieure de la deuxième portion. La guérison a été obtenue sans incidents.

La seconde observation de HUDDY concerne une diverticulite simple, également située derrière la deuxième portion du duodenum qui s'est manifestée par un syndrome péritonéal subaigu et haut situé (contracture, fièvre à 38°3, pouls à 108), qui dans le cas précis, a été étiqueté appendicite sous-hépatique mais qui correspond aussi bien à un syndrome de cholecystite.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce chapitre peu important, qui ne regarde que des faits exceptionnels et que nous n'avons voulu aborder que pour être complets.

CHAPITRE QUATRIEME

L'ICTÈRE PAR RÉTENTION

On ne peut envisager sous cette dénomination les légères et fugaces poussées de jaunisse souvent signalées à la fin d'une crise douloureuse ; nous n'avons rangé dans ce chapitre que les ictères par rétention typiques d'une certaine fixité et d'une certaine durée. Il s'agit là, nous le reconnaissons, d'une division bien arbitraire, car nombreuses sont les formes de transition entre ces deux ordres de faits. Nous avons déjà signalé, d'autre part, qu'un léger subictère transitoire pouvait finir, les crises se répétant, par laisser place à un ictère par rétention permanent du type classique.

GREBER a beaucoup insisté sur l'ictère par rétention qu'il considère comme un signe fréquent des diverticules duodénaux. En réalité, les auteurs qui ont suivi n'ont pas retrouvé cette fréquence et il nous est impossible d'apporter à ce sujet une observation inédite.

Si, comme nous l'avons dit, nous laissons de côté les petites crises douloureuses de courte durée, suivies de courtes poussées d'ictère avec une légère élévation de température, que nous avons classé

dans un précédent chapitre, les faits observés peuvent se classer ainsi :

- ou bien, on se trouve en face d'un malade dont l'ictère varie d'un jour à l'autre, plus foncé au moment de chaque crise douloureuse, qui présente de petits clochers thermiques. C'est un cas de ce genre que rapporte l'observation de CAMELOT, DESPLATS et FRUCHART, publiée en Novembre 1934, dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*, et que nous rappellerons ici ;
- enfin, on peut se trouver devant un ictère continu qui fonce de jour en jour davantage, avec amaigrissement. C'est dans ces cas que l'on peut porter un diagnostic de néoplasme. Le cas le plus classique est celui de l'observation de LOB que nous résumerons en quelques lignes.

OBSERVATION V

(CAMELOT, DESPLATS et FRUCHART)

M. V... âgé de 73 ans, marié, père de cinq enfants, dont un est mort du croup et un autre en captivité. Sa femme a fait deux pertes et serait morte d'infection puerpérale.

A fait, il y a 8 ans, une congestion pulmonaire guérie en 10 jours.

Depuis 6 mois, accuse des douleurs diffuses au niveau du creux épigastrique et de l'appendice xiphoïde. Ces douleurs à type de picotement ne présentent aucune irradiation et ne s'accompagnent que d'un peu de pyrosis. Elles surviennent habituellement deux ou trois heures après les repas. Leur durée est extrêmement variable. Ces sortes de crises surviennent à peu près tous les 4 ou 5 jours et persistent encore actuellement avec les mêmes caractères qu'au début, mais sont accompagnées depuis deux mois d'un léger ictère.

A son arrivée, le malade présente un ictère chronique par rétention. Coloration des téguments et des muqueuses, décoloration des selles, urines brunes contenant pigments et sels biliaires, bradycardie, prurit.

L'ictère est très variable d'un jour à l'autre, mais persiste toujours.

La température ne dépasse pas 37°6. Depuis un an, le malade aurait maigri de 12 kilogs. Son état général est pourtant encore excellent.

Les crises douloureuses ne s'accompagnent ni de nausées ni de vomissements. Il n'y a jamais eu de syndrome abdominal aigu.

A l'examen, outre l'ictère, on ne retrouve rien d'anormal. Le ventre est souple, la palpation profonde révèle une légère douleur au creux épigastrique ; le foie et la rate sont normaux. La vésicule n'est pas perceptible.

L'examen du sang montre une légère anémie 3.360.000 G.R. avec une hyperleucocytose : 13.200 leucocytes.

Le transit baryté suivi pendant 3 heures environ montre :

Un estomac hyperkinétique mais qui s'évacue bien en deux heures 1/2.

L'examen du duodénum met en évidence, l'existence d'un volumineux diverticule, lequel se projette de face au niveau du genu superius, à l'union de la 1^{re} et la 2^e portion du duodénum. L'image hydroaérique est à grand axe vertical. Deux niveaux liquides sont superposés surmontés par la bulle d'air classique. La poche diverticulaire est nettement délimitée ; ses contours sont précis, réguliers. Le diverticule reste injecté après évacuation complète de l'estomac et du duodénum. Il ne semble pas y avoir de périduodénite.

Un traitement médical, le régime des hépatiques amènent la disparition rapide de l'ictère. Le malade est perdu de vue.

OBSERVATION VI

(LOB)

Homme de 58 ans, ictère progressif et douloureux. On croit à un néoplasme en raison du mauvais état général.

Intervention : adhérences duodénovésiculaires. Diverticule périvartérien comprimant la papille « Grosses altérations hépatiques ». On ne tente aucun traitement. Mort rapide par collapsus cardiaque. Devant l'absence de lithiasé constatée à l'autopsie, on peut admettre, dit l'auteur, que c'est bien le diverticule qui est responsable de l'angiocholite qui a causé la mort.

CHAPITRE CINQUIEME

LA CIRRHOSE ET L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Pour faire une étude complète des observations publiées à ce jour à symptomatologie hépatobiliaire, nous voulons dans ce court chapitre citer deux observations : l'une de STEPP et GUTZEIT de diverticule duodénal accompagné de signes de cirrhose, et l'autre de Max LEVY, LEMARE et PIGNEY se rapportant à un diverticule accompagné de signes d'insuffisance hépatique. Cette dernière est la plus instructive.

(OBSERVATION VII)

(Max LÉVY, LEMARE et PIGNEY)

Homme de 65 ans, éthylique avoué. A fait successivement en 1932 deux hémorragies digestives. L'examen radiologique pratiqué en juillet 1932 est négatif. En septembre 1932, nouveaux meloena abondants. Un deuxième examen pratiqué par le Docteur CHERIGIE montre un petit diverticule de la deuxième portion.

On intervient : l'exploration minutieuse de l'abdomen ne révèle qu'une cirrhose du foie. Le diverticule n'est pas visible. Mais la duodenotomie permet au doigt de le trouver sans difficulté. Il est intrapancréatique. Aisément réinva-giné, il est fixé par un point en bourse.

Par la suite, on observe une reprise des hémorragies. Perte de sang massive le 31 décembre nécessitant une transfusion d'urgence. Nouvelles hémorragies, mort le 9 mai 1934.

Dans cette observation, ainsi que dans celle de STEPP et GUTZEIT, que nous n'avons pas détaillée pour ne pas prolonger cette diversion, il est manifeste que le diverticule ne joue aucun rôle, qu'il ne s'agit que d'une coïncidence intéressante sans doute, mais sans importance pratique.

Nous ne reviendrons pas sur ces faits dans notre étude critique.

QUATRIÈME PARTIE

LE DIVERTICULE DUODENAL PEUT-IL DÉTERMINER DES TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES

Après avoir ainsi passé en revue quelques observations, parues ou inédites, où le diverticule duodénal était accompagné de manifestations hépatobiliaires variées, le moment est venu de se demander quel est le rôle réel du diverticule dans les faits cliniques rapportés. L'étude de ces observations, leur comparaison avec quelques autres, nous amèneront à cette conclusion qu'il y a de nombreux cas où son rôle est nul, de nombreux cas douteux et quelques cas probants.

Après avoir formulé quelques exigences pour considérer une observation comme démonstrative, nous diviserons cette partie de notre étude en deux rubriques :

D'abord, nous appliquerons ces exigences aux diverses observations et nous verrons combien sont rares les cas qui y répondent ;

Ensuite, étudiant de plus près ces rares observa-

tions, nous y découvrirons des signes communs qui donnent au diverticule réellement responsable de signes hépatobiliaires une physionomie clinique propre et nous serons ainsi amenés à revenir à la distinction entre le diverticule et la diverticulite.

Pour admettre une observation comme démonstrative, il existe des conditions idéales qui ne sont pour ainsi dire jamais réalisées. Ce sont celles qui sont réclamées par MIALARET. Celui-ci exige :

- 1°) qu'il y ait absence de lithiase vésiculaire ou cholécystienne ou que l'ablation des calculs n'ait amené aucune amélioration ;
- 2°) que l'ablation chirurgicale du diverticule ait amené une guérison suffisamment prolongée.

Ces exigences nous semblent excessives, d'autant plus que dans ce cas, les observations probantes de la littérature seraient réduites à quelques unités.

Nous exigerons, quant à nous, à la suite de nombreux auteurs :

- soit un traitement chirurgical du diverticule suivi de succès ;
- soit en l'absence d'intervention sur le diverticule, une observation suffisamment détaillée pour éliminer toute origine extrinsèque des symptômes.

I. — LES TROUBLES VÉSICULAIRES A TYPE DE COLIQUE HÉPATIQUE

Il faut bien avouer que les quatre observations du Professeur BERNARD que nous publions ici manquent de l'épreuve thérapeutique.

L'observation N° I de Madame Charl... note une coexistence de calculs vésiculaires. Une cholecystectomie n'a pas amené la guérison, c'est exact, mais la colique hépatique survenue un mois et demi après l'intervention peut bien plus facilement être rattachée à une « crise de foie » qu'au diverticule duodénal.

L'observation N° II n'est pas plus démonstrative, au contraire (Observ. de M^{me} Quev...), car rien ne permet d'éliminer la coexistence d'une cholecystite chronique non lithiasique dont on comprend très bien l'amélioration par le repos et le régime.

L'observation N° III de Monsieur Panich... n'a que la prétention de rapporter un cas rare de diverticule de traction par kyste hydatique suppuré du foie. Il n'a jamais été question de rapporter l'un quelconque des signes observés au diverticule.

L'observation IV appelle les mêmes réserves que l'observation II de Madame Quev..., en ce sens qu'une cholecystite chronique peut donner exactement les signes observés.

Nous faudra-t-il donc dire que le diverticule n'est pas responsable des faits observés, ou du moins d'une partie des faits observés ? Ce n'est pas notre avis, mais il nous est impossible d'en donner la démonstration irréfutable qu'on trouve à la lecture d'autres observations. Nous en résumerons quelques-unes rapportées dans la thèse de MIALARET.

OBSERVATION VIII

(DE VERNEJOLI.)

Homme de 43 ans, présentant depuis l'âge de 19 ans, à intervalles de plus en plus rapprochés, des crises douloureuses abdominales droites avec température élevée, considérées comme coliques hépatiques.

Radio : Estomac normal. *Diverticule du bord externe de D 2 douloureux à la pression.*

Diagnostic : cholecystite, péricholécystite, diverticule duodénal.

Intervention (1934) : Vésicule normale sans adhérences. Diverticule de D 2 rétro péritonéal. Résection.

Résultats : Suites opératoires normales. La guérison s'est maintenue complète, au bout de 7 mois le malade n'a pas eu de crise alors qu'avant l'intervention les crises se suivaient de deux mois en deux mois. Plus aucune douleur depuis l'opération, bonnes digestions, augmentation de poids de 4 kilogs.

OBSERVATION IX

(LE JENTEL, ANDRÉOLI et MARRATUECH)

Femme de 39 ans, souffrant depuis l'enfance de crises douloureuses dans la région sous-hépatique, accompagnées de vomissements. La dernière est très violente, nécessitant la morphine. Région sous-hépatique douloureuse.

Diverticule de D 2 douloureux à la palpation.

Intervention : Estomac, bulbe, pylores normaux, pas de renseignement sur l'état de la vésicule. Résection du divertissement. Guérison complète, suivie pendant 6 mois.

OBSERVATION X

(BUTLER et RITVO)

X.... 40 ans, crises douloureuses depuis 25 ans, de plus en plus fréquentes et intenses ; elles font penser à une cholécystite. Estomac et bulbe normaux. *Diverticule du genu superioris douloureux à la palpation.*

Intervention : pas de renseignement sur l'état de la vési-

culé. Dissection et invagination du diverticule « nettement enflammé ». Guérison parfaite suivie 7 mois, le malade ne souffre plus et a repris 15 kilogs.

Il nous serait facile de donner d'autres exemples typiques, mais ces trois-ci nous paraissent suffisants pour démontrer à l'évidence, que des diverticules duodénaux peuvent se manifester cliniquement par des troubles « vésiculaires » dont ils sont seuls responsables.

II. — LE TYPE « CHOLECYSTITE AIGUE »

Les deux observations que nous avons rapportées concernent deux ordres de faits tout à fait différents. Il est bien évident tout d'abord que le syndrome clinique doit être attribué dans sa totalité et dans les deux cas au diverticule. Mais le premier cas, celui de MONTSARRAT a été produit par une perforation du diverticule, donc complication extrêmement rare de l'affection. Le cas de HUDDY est plus instructif, car il concerne une diverticulite simple, et par conséquent, se rapproche beaucoup au point de vue étiologique du cas de BUTLER et RITVO (Observation X) ; nous verrons tout à l'heure quelle conclusion tirer de ce rapprochement.

III. — L'ICTÈRE PAR RÉTENTION

C'est dans les cas d'ictère que la critique doit être la plus exigeante pour admettre une observation comme explicite. Il faut délibérément repous-

ser ici les cas où le diverticule s'accompagne de lithiase, même si on a pratiqué une cholécystectomie.

Dès lors, il faut bien dire que les observations sont presque toutes critiquables sur un point, MIALARET n'a retrouvé dans toute la littérature que cinq cas démonstratifs.

L'observation que nous avons citée (Obs. V) de CAMELOT, DESPLATS et FRUCHART, manque d'une cérification opératoire ou nécropsique qui aurait peut-être affirmé l'absence de lithiase.

L'observation de LOB est plus démonstrative.

Enfin, nous voudrions citer l'observation de STEPP et GUTZEIT que MIALARET considère comme la plus probante.

OBSERVATION XI

Une femme de 33 ans présente depuis dix ans des crises douloureuses intermittentes. La dernière s'accompagne d'un ictère par rétention qui, s'atténue spontanément et progressivement.

Radio : Diverticule du bord externe du D 2.

Intervention : Résection du diverticule, guérison maintenue plusieurs mois.

Si on ne peut donc considérer comme GREDER l'ictère par rétention comme un signe fréquent du diverticule duodénal, on ne peut pas non plus éliminer tout rôle du diverticule dans la production d'un ictère par rétention. En effet, à côté du monceau d'observations incomplètes ne permettant pas une conclusion précise, il existe quelques rares cas où vraiment la satisfaction de l'esprit impose de rendre le diverticule responsable.

IV. — PAR QUEL MÉCANISME LE DIVERTICULE DUODÉ-
NAL PROVOQUE-T-IL DES TROUBLES HÉPATO-
BILIAIRES.

Les faits que nous venons de considérer peuvent se classer en somme sous deux rubriques :

- 1° *Les syndromes à type colique hépatique* dont nous rapprocherons pour être compréhensifs les observations de HUDDY et de MONSARRAT. Ces observations sont comparables à un point de vue. Il s'agit dans tous les cas de diverticules compliqués.

Nous n'envisagerons pas seulement la perforation diverticulaire de l'observation de MONSARRAT, ni la diverticulite nette évidente de l'observation de HUDDY, mais dans les trois observations de DE VERNEJOUL (Obs. VIII), de LE JEMTEL, ANDRÉOLI et MARRATUECH (Obs. IX), de BUTLER et RITVO (Obs. X), nous retrouverons ce détail séméiologique précis : *diverticule douloureux à la palpation sous écran*. Or, nous avons bien vu au chapitre de la Radiologie que le diverticule simple, non compliqué de diverticulite plus ou moins intense, était insensible à la palpation sous écran. Dans tous les cas probants de diverticules duodénaux provoquant une séméiologie hépatobiliaire à type de colique hépatique, nous retrouvons donc « la diverticulite ».

C'est d'ailleurs la conclusion de toutes les études récentes sur la question. GRÉGOIRE a dit justement « tout diverticule qui révèle son existence est un diverticule compliqué ».

« Ainsi donc, à côté du diverticule, le plus souvent latent, apparaît « *la diverticulite duodénale*, affection médico-chirurgicale, qui prend une place de plus en plus importante en pathologie digestive » (LOEPER et BIOY).

On considère donc actuellement l'existence de signes de diverticulite comme nécessaire pour rendre un diverticule responsable de symptômes cliniques. Nous avons dans le chapitre de la radiologie décrit les éléments sur lesquels était basé ce diagnostic.

Nous rappellerons la triade de DEMOLE et AZIZ :

- douleur à la pression sous écran ;
- rigidité des contours ;
- réten tion prolongée.

Mais, comme le font remarquer ces auteurs, encore faudra-t-il s'assurer :

- 1°) que la douleur n'est pas due à une irradiation voisine (ulcus, lithiasé biliaire, périviscérite du carrefour coeliaque) ;
- 2°) que la rigidité des contours n'est pas explicable par le siège intra-pancréatique du diverticule ;
- 3°) qu'une disposition anatomique spéciale du diverticule n'est à la base de la réten tion prolongée.

Mais, s'il y a absence de ces trois signes, on peut affirmer toujours, selon DEMOLE, que le diverticule n'est pas « compliqué » donc n'a pas la moindre part dans le tableau clinique.

2° Les rares cas d'*ictère par rétention* qu'on peut rattacher à un diverticule duodénal. Le mécanisme a été très discuté et récemment mis au point par DUVAL dans une intervention à la Société de Chirurgie. La disposition anatomique (diverticule périvatériel) a été invoquée, mais la plupart des auteurs sont d'avis que ce mécanisme ne peut intervenir isolé. On a mis en cause également une angiocholite ascendante, mais la théorie la plus séduisante est celle d'une pancréatite subaiguë à point de départ diverticulaire. Et voilà que ce deuxième ordre de faits s'apparente dès lors de très près aux formes cliniques précédentes, puisque nous y retrouvons à la base des faits cliniques, la Diver ticulite.

CINQUIÈME PARTIE

LE TRAITEMENT

Nous n'avons nullement la prétention d'étudier à fond les modalités de celui-ci ; nous voulons simplement à la fin de cette étude clinique en poser les indications et jeter un regard sur les résultats qu'il permet d'obtenir.

Il faut bien assurer que l'intervention chirurgicale apporte souvent l'élément décisif au diagnostic et que le chirurgien intervient sans ligne de conduite fixée à l'avance. En principe, il doit toujours suspecter que le diverticule n'est pas à l'origine des faits cliniques et dès lors, explorer soigneusement le duodénum, le pancréas, mais surtout le cholédoque et la vésicule.

Il est bien difficile dès lors de parler d'indication du traitement chirurgical à proprement parler. Pratiquement, on intervient sur un syndrome de cholecystite lithiasique ou de calcul de cholédoque et on sait qu'il existe un diverticule.

Lorsqu'une lésion primitive existe (lithiasé, kyste hydatique suppuré) elle sera traitée, ensuite

le chirurgien explorera le duodénum et abordera le diverticule.

Le traitement de celui-ci varie suivant les cas. Lorsqu'il est extériorisé, il est souvent facile de le reséquer. Lorsqu'il n'apparaît pas à l'inspection, on fait souvent une duodénotomie et on explore au doigt la cavité duodénale. On peut souvent dans la suite, réinvaginer le diverticule. On a alors le choix entre le simple point en bourse ou la résection. L'opération n'est réellement délicate que dans les localisations intrapancréatiques, où il est nécessaire de disséquer la glande pour isoler le diverticule.

La mortalité opératoire est minime.

Les résultats éloignés sont excellents dans la mesure où l'intervention a réellement traité la lésion causale. Toutefois, on envisage très bien que l'ablation d'un diverticule entouré de périviscérite n'amène pas une restauration immédiate de la physiologie duodénale perturbée.

Existe-t-il un traitement médical de la diverticulite ?

Sans intervention, il est évidemment difficile d'affirmer l'intégrité absolue des organes du voisinage. Toutefois il semble que les désinfectants intestinaux classiques, le charbon, le régime, les tubages duodénaux répétés aient amené des améliorations manifestes dans certains cas où on pouvait au moins supposer avec quelque raison avoir affaire à une diverticulite.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu dans cette brève étude mettre au point les rapports qui peuvent exister entre le diverticule duodénal et certaines affections hépatobiliaires.

Nous avons, après un court historique de la question, défini le diverticule duodénal, et étudié son anatomie pathologique et sa structure. Nous avons vu qu'il s'agissait d'une affection fréquemment rencontrée au cours des examens radiologiques du duodénum. Le siège habituel est sur la concavité de l'anse avec nette prédominance de la deuxième portion.

Le diagnostic, avons-nous dit, est uniquement radiologique, rien dans le tableau clinique ne permettant de faire penser à un diverticule. Aussi, avons-nous voulu donner à ce chapitre assez d'ampleur. Après avoir dit quelques mots de la technique, nous avons vu que le diverticule se traduisait par des images quelquefois pathognomoniques, mais qui souvent peuvent être la source d'erreurs d'interprétation. La niche ulcéreuse, l'ouverture d'un ulcère dans la vésicule ou dans le péritoine, la dilatation de l'ampoule de Vater sont toujours citées dans le diagnostic différentiel. Nous avons insisté aussi à ce propos sur les niches spasmodi-

ques para-ulcéreuses, et nous avons conclu de ce chapitre que le radiographe ne devait pas dans les cas douteux se fier à un examen isolé.

Puis, abordant le vif de notre sujet et délaissant notamment les manifestations gastriques du diverticule duodénal, nous nous sommes attachés exclusivement aux troubles d'allure hépatobiliaire qu'on lui a attribués et qu'on lui attribue encore.

Nous avons réuni dans un premier chapitre les différents types d'observations que nous offrait la littérature médicale auxquelles nous avons joint les observations personnelles du Professeur BERNARD et nous avons pu les classer sous quatre rubriques d'inégale importance :

- 1°) les observations où le diverticule était accompagné de crises de colique hépatique ;
- 2°) des observations où le diverticule s'était révélé par une crise violente sous-hépatique à type de cholécystite aiguë ;
- 3°) des cas d'ictère par rétention ;
- 4°) enfin, des cas, où le diverticule était accompagné de signes d'atteinte hépatique.

Délaissant ces dernières observations sans intérêt, nous avons entrepris la critique des faits relatés et nous avons vu que bien peu y résistaient. Aussi avons-nous dû faire appel à des observations plus probantes qui montraient à l'évidence que, dans certains cas, le diverticule pouvait être rendu responsable de crises douloureuses ou d'un ictère par rétention.

Analysant de plus près les observations du pre-

mier type, nous y avons retrouvé les signes d'un diverticule compliqué d'infection, d'une diverticulite. En effet, dans ces observations, l'image diverticulaire était douloureuse à la palpation sous écran. Nous avons abouti à la conclusion suivante qui est celle admise aujourd'hui par tous les auteurs à la suite de GRÉGOIRE et de DEMOLE, que cette complication du diverticule était indispensable pour que celui-ci, de latent qu'il était, se manifeste par des crises douloureuses.

Quant à l'ictère par rétention, nous avons vu qu'une action mécanique de compression simple par le diverticule n'était pas soutenable dans la majorité des cas, mais que là également, il fallait invoquer l'infection qui, partant du diverticule, causerait une angiocholite ascendante ou une pancréatite subaiguë.

De notre étude, il ressort deux conclusions qui ont un grand intérêt pratique :

- 1° Les cas où le diverticule ne constitue pas une coïncidence, un phénomène, sans rapport avec le tableau clinique, sont d'une extrême rareté, rareté telle que le diagnostic de diverticulite duodénale ne devra être posé qu'après un examen clinique et radiologique approfondi du tube digestif et des voies biliaires, qu'après un traitement médical actif dirigé contre la cholécystite chronique, notamment ; rareté telle que, malgré les examens, le chirurgien devra agir comme s'il était convaincu que le diverticule n'est pas à la base du tableau clinique en explorant

tout le carrefour sous-hépatique à la recherche d'un calcul, d'une bride, d'une pancréatite discrète.

2° Les diverticules qui se manifestent cliniquement sont des diverticules compliqués. Il s'agit de « diverticulite » qui se traduit notamment par la douleur exquise à la palpation sous écran. Il s'agit là d'une notion si bien établie à l'heure actuelle, que si un diverticule est indolore à la palpation sous écran, on doit lui refuser toute part dans le tableau clinique.

Vu et approuvé,
Le Président de thèse :
PERRIN.

Vu et approuvé,
Le Doyen de la Faculté de Médecine :
SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ
Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citerons pas ici tous les travaux parus sur la question des diverticules duodénaux, mais seulement les études françaises récentes et les ouvrages fondamentaux de la littérature internationale (1).

ACHAERANDIO. — Les diverticules du duodénum. — *Los progressis de la clinica*, t. 43, N° 5, Mai 1935.

AIELLO et BOZZELLI. — Les diverticules du duodénum. — *La Clinica Méd. Italiana*, t. 63, N° 7, Juillet 1932.

AKERLUND. — Acquisitions récentes concernant le diagnostic des niches de l'ulcère du duodénum. — *Revisita di Radiol e Fisica Med.*, Vol. I, Fasc. I, Janvier 1929.

— Roentgenologiska duodenal observationer. — *Hyggeia*, vol. 71, 1919.

ALLAINES (d). — Vrais et faux diverticules du duodénum. *Société de Gastro-Entérologie de Paris*, 13 Mai 1935.
- *Archives Mal. Appareil Digestif*, t. 25, N° 7, Juillet, 1935.

ALBRECHT (H. V.). — La diverticulite duodénale, maladie primitive. — *Deutsch. Mediz. Wochens.*, vol. 56, N° 40, 3 Octobre 1930.

(1) Pour une bibliographie complète, consulter surtout BENSAUDE et VASSELLE : *Arch. Mal. App. Digest.* Octobre 1926.

Thèse de GRÉDER Paris 1921

Thèse de MARUANI Paris 1928

Thèse de MIALARET Paris 1936

- Diverticules du duodénum. — *Fortschritte a. d. g. Roentgenstz.*, vol. 38, 1928, p. 605-619.
- ANDREWS (E. W.). — Duodenal diverticula. — *Sonin of Amer. Méd. Assoc.*, T. 33, Vol. 5, 22 Octobre 1921, p. 1.309 - 1.311.
- ANZILOTTI. — Etude clinique et radiologique des diverticules duodénaux. — *Arch. Ital. di Clin.*, Vol. 23, fasc., 5 mai 1929.
- ARCELIN. — Etude radiologique d'un diverticule duodénal. — *Lyon Médical*, Vol. 67, N° 12, 24 Mars 1935.
- AZIZ (J.). — Les diverticules du duodénum. — *Thèse de Genève*, 1935.
- BAENSCH (W.). — Diagnostic radiologique des diverticules du duodénum. — *Fortschr. a. d. g. Roentgenstz.*, vol. 30, 1923, p. 322.
- BALDWIN. — Duodénal diverticula in man. — *Anat. Rec.*, Vol. 5, 1911, p. 121.
- BARBER. — Les diverticules du duodénum. — *Annals of Surg.*, Vol. 94, N° 2, Avril 1931, p. 303.
- BARIÉTY. — Les diverticules du duodénum. — *Gaz. des Hôpitaux*, 6 Février, 1926, revue générale.
- BARSONU. — Les diverticules du duodénum. — *Wiener Klin. - Wochensch.*, 1925, p. 706.
- BASCH. — Un cas de diverticule duodénal diagnostiqué et opéré avec succès. — *Amer. Journ of Med. Sc.*, vol. 153, N° 543, Juin 1917, p. 833.
- BASTIAN. — Un cas de diverticules multiples du duodénum. — *Fortschr. a. d. g. Roentgenstr.*, Vol. 42, 1930, p. 610-612.
- BAUER. — A propos des diverticules duodénaux. — *Wiener Klin. Wochensch.*, vol. 25, 1912, p. 879.
- BAUMGARTNER (A). — Du rôle des diverticules du duodénum dans l'étiologie de certaines pancréatites chroniques. — *B. et M. Soc. Nat. de Chirurgie*, tome LXI, N° 22, Juin 1935, p. 858-861.

- BECLÈRE (H.). — Société de Gastro-Entérol. de Paris, 11 Mars 1935. — *In Arch. Mal. App. Digestif*, t. 25, N° 5, Mai 1935, p. 503-505.
- BECLÈRE et PORCHER. — La radiologie duodénale en dehors del 'ulcus. — *Journ. de Radiologie*, vol. 10, Juillet 1926, p. 300.
- BELOT, KIMPEL et NEBONT. — Examen radiologique d'un diverticule du duodénum. — *Bull. Soc. Radiol. Méd. de France*, Vol. 17, Novembre 1929.
- BENGOLEA. — Un cas de diverticule du duodénum avec ic-
tère à répétition. — *B. et M. de Soc. Nat. Chirug.*,
N° 17, 16 Mars 1928, p. 726. (Rapport de P. DOVAL).
- Ictère par rétention par diverticule du duodé-
num. — *Soc. de Chir.*, 16 Mai 1928.
- BENSAUDE et VASSELLE. — Les diverticules du duodénum.
(Revue Générale). — *Arch. Mal. App. Digestif*, t. 16,
N° 8, Octobre 1926, p. 877-913.
- Les diverticules du duodénum. — *Presse Médi-
cale*, N° 74, 14 Septembre 1927.
- BERNARD (A.) et MONNIER. — Diverticule duodénal et af-
fections hépato-biliaires. — *Journal Belge de Gastro-
Entérologie*, Juin 1936.
- BERNAY, PEYCELON et GIRAUD. — Diverticule du duodé-
num et ulcère du bulbe. — *Lyon Méd.*, Vol. 66, N° 28,
15 Juillet 1934, p. 43-45.
- BERTRAND-FONTAINE (M^{me}) de Graciansky et le Disch Tih.
— Double diverticule du duodénum. — *Soc. Gastr.
Entérol.*, Paris, 11 Mars 1935. - *Mal. App. Digestif*,
T. 25, N° 5, Mai 1935, p. 505-507.
- BLANI (H.). — A propos des diverticules du duodénum.
Bull. Soc. des Chirurg. de Paris, T. 20, N° 4, 17 Fé-
vrier 1928, p. 116-121.
- BOCCA. — Diverticule du duodénum. — *La Loire Médi-
cale*, V. 49, N° 5, Mars 1935.
- BORLEAU-GRANT. — Diverticules du duodénum. — *Brit.
Journ. of Surg.*, V. 23, n° 89, Juillet 1935.

- BONNEAU. — Les diverticules du duodénum. — *Presse Médicale*, T. 31, 26 Septembre 1923, p. 817. - *Bulletin Soc. Chirurg. de Paris*, N° 6, 18 Mars 1927.
- BRULE-HULLEMAND et NETTER. — Quatre cas de diverticules du duodénum. — *Soc. Gastro-Entérol. de Paris*, 11 Mars 1935. - *In Arch. Mal. App. Digestif*, T. 25, N° 5, Mai 1935, p. 487-489.
- CAMELOT, DESPLATS et FRUCHART. — Diverticule péri-duodénal. — *Journal des Soc. Médic. de Lille*, vol. 52, N° 28, 15 juillet 1934.
- CARAVEN. — Les diverticules du duodénum. — *Presse Méd.*, 26 Décembre 1923, p. 1.084.
- CASE (J.). — Roentgenol Observat. Of the duod. - - *Amer. Journ. of Roentgenology*, V. 3, N° 8, 1917, p. 503.
- Diverticula of the intestinal tract. — *Amer. Journal of the Roentgenology*, V. 3, 1916, p. 23.
- Diverticula of the small intestine other than Meckels. — *Jour. of the Amer. Assoc.*, V. 75, N° 22, 1920, p. 1.463 - 1.470.
- CASSOV et LACAUX. — Syndromes épigastriques liés à la présence de diverticule duodénal. — *Soc. Méd. Milit. Frans.*, 16 Février 1933. - *In Bulletin*, N° 2, Février 1933, p. 18-25.
- CASTAY. — Radiographies des déformations congénitales et acquises du duodénum. — *Toulouse Méd.*, V. 34, N° 21, 1^{er} Novembre 1933, p. 735.
- CELICE, HELIE et PARROT-MANSON. — Quatre observations de diverticules latents du duodénum. — *Société Gastro-Entérol.*, Paris, 11 Mars 1935. - *In Arch. Mal. App. Digestif*, t. 25, N° 5, Mai 1935, p. 489-500.
- CHAPAY et BARRAL. — Diverticule de la troisième portion du duodénum. — *Lyon Médical*, T. 66, N° 50, 16 Décembre 1934, p. 674.
- CHARRIER et GARCIA CALDERON. — Diverticule de la troisième portion du duodénum. - Radiographies pré-opératoires. - Ablation. — *B. et M. Soc. Nat. de Chir. Pans.*, N° 25, Juillet 1932, p. 1185.

- CHOMEL. — Histoire de l'Académie Royale, Paris, 1.710.
- CIMINATA. — Les diverticules du duodénum. — *Atte et Memorie della Soc. Lombard di chr.*, Vol. I, N° 17, 9 Décembre 1933, p. 1.174 - 1.182.
- COLE et ROBERTS (M.). — Aspects cliniques et radiologiques des diverticules du duodénum. — *Surg. Gynecol. and Obs.*, 31, N° 4, Oct. 1920, p. 376 - 382.
- COLE. — *Archivs of Roentgenrays*. — Avril 1912.
- COTTENOT, CHÉRIGIÉ et BOSY. — Exploration radiologique du duodénum en position verticale et dans le décubitus ventral. — *Soc. de Gastro-Entérol. de Paris*, 13 Novembre 1933. - *In Arch. Mal. App. Digestif*, T. 24, N° 1, Janvier 1934.
- CROMIE (David). — Un diverticule du duodénum. — *Brit. Méd. Journ.*, N° 3.804, 2 Décembre 1933, p. 1.021.
- DANES. — Les diverticules non ulcéreux du duodénum. — *Journ. des Sciences Médicales de Lille*, 18 Août 1935.
- DELANNOY. — A propos d'un diverticule de D I. — *Arch. Méd. App. Digestif*, t. 24, N° 7, Juillet 1934, p. 673-676.
- DELANNOY et DRIESSENS. — Pseudo-diverticule du bulbe par ulcère. — *Ann. d'Anat. Pathol.*, T. X, N° 4, Avril 1933. - *Echo Médical du Nord*, V. 35, N° 26, 27 Juin 1931, p. 301.
- DELHERIN et MOREL KAHN. — Etude radiologique et aperçu clinique sur les anomalies de position et de forme du duodénum. — *Arch. Mal. App. Digestif*, T. 13, 1923, p. 458 - 481.
- DEMOLE et A. J. AZIZ. — La diverticulite expression clinique rare du diverticule duodénal. — *Soc. de Gastro-Entérol. de Paris*, 9 Décembre 1935. - *In Arch. Méd. App. Digestif*, 1936.
- DENIS. — Diverticule du duodénum. — *Soc. Chir. de Lyon*, 25 Janvier 1933. - *In Lyon Chir.*, 1934, p. 455.
- DIDIÉE. — Anomalies du trajet duodénal. — *Journal de Radiol.*, t. 17, N° 5, Rad., Mai 1935, p. 265.

- DILLENSEGER. — Trois cas de diverticules congénitaux du duodénum. — *Bull. Soc. Rad. Franç.*, V. 18, N° 165, Janvier 1930, p. 28-32.
- DIOCLÈS. — La localisation anatomique des diverticules duodénaux: — *Paris Médical*, 7 Avril 1934.
- DORFMAN-MOTEL. — Contribution à l'étude des diverticules duodénaux. — *Thèse de Paris*, 1934.
- DUVAL-ROUX et BECLÈRE. — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum. Masson 1924.
- EDWARDS (H. C.). — Diverticula of the duodenum. — *Surg. Gynecol. And Obs.*, V. 60, Mai 1935, N° 5, p. 946-963.
- Diverticula of the duodenum (2^{me} portion). — *Proced. of. Roy. Soc. of. Med.*, Londres, V. 26, N° 7, Mai 1933, p. 827.
- EICHBRORN. — Zurg. genese der erworbenen darmdivertikeln. — *Thèse de Zurich*, 1897.
- FERRO LUZZI (G.). — *Rev. Radiol. e Fisica Med.*, 1932, p. 351-364. - *In Arch. Mal. App. Digest.*, 1933, p. 904.
- FISCHER. — Acquired diverticula of the BOWEL. — *Journ. of Experiment. Med.*, vol. 5, 1900, p. 33.
- Fahe diverticule of the intestine. — *Journ. of Experiment. Med.*, V. 5, 1900, p. 333.
- FORSELL et KEY. — Ein divertikel des pars descendans duodenimittels Roentgenuntersuchung diagnastiziert und operative entfernt. — *Nord Med. Arch.*, N° 2, 1915, Vol. 48.
- FRANÇOIS. — Les diverticules para-ulcéreux du duodénum avec relation d'un cas personnel. — *Scalpel*, 20 Décembre 1924, p. 1.345-1.350.
- FRENTZEL BEYNIE. — Diverticule du duodénum et pancréatite. — *Médis. Klin.*, T. 30, N° 39, 28 Septembre 1934, p. 1.296-1.298.
- FRIEDRICH (Van). — Operierter Fall eines duodenales divertikels. — *Klin. Wochensch.*, T. 10, N° 340, 22 Août 1931, p. 1.586.

- GARIN et BERNAY. — Diverticule du duodenum. — *Lyon Med.*, V. 67, N° 11, 17 Mars 1935. - *Journal de Médecine de Lyon*, t. 16, N° 375, 20 Août 1935, p. 533-538.
- GARNIER. — Les diverticules de D 3 et D 4. — *Thèse*, Paris 1925 (Jouve).
- GAULTIER et RENAUD. — *Soc. Med. de Paris*, 9 Déc. 1927, et *Presse Médicale*, 7 Novembre 1928.
- GILLET. — Diverticule du duodénum, diverticule vrai et diverticule secondaire. — *Soc. Belge de Gastro-Entérologie*, 11 Janvier 1930. - *Arch. Mal. App. Digest.*, Vol. 20, 1930, p. 212.
- Un cas de diverticule du duodénum. — *Bruzelles Médical*, 1930, N° 13, p. 355.
- GODARD (H.). — La diverticulose jejuno iléale. — *Revue de Chir.*, vol. 46, N° 1, 1927, p. 22.
- GRANT (J. C. R.). — Diverticules du duodénum. — *Journ. Anat.*, Londres, t. 57, Juillet 1923, p. 357-359.
- GRASER (E.). — Das falsche duodenal divertikel (Langenberch's Arch. V. 59, 1899, p. 638. - Münch Mediz Wochensch n° 22, 1899, p. 721. - Arch. fur. Klin Chir., 1899. - Centralbe fur. Allgen Pathologie, 1899, p. 829.
- GREDER. — Etude sur les diverticules du duodenum, principalement au point de vue de leurs manifestations cliniques et de leur anatomie pathologique. — *Thèse de Paris*, 1921.
- GRÉGOIRE. — Anatomie du duodenum. — *Anm. Anat. Pathol.*, V. XI, 4 avril 1934.
- GRÉGOIRE. — Diverticule du duodenum. - Anatomie pathologique et traitement. — *Paris Méd.*, V. 16, N° 43, 23 octobre 1926, p. 317-322. - Les diverticules du duodenum. - Anatomie pathologique et traitement. — *Journées médicales tunisiennes*, 2-5 avril 1926.
- GROOVER et CHRISTIE. — Analyse de 1.300 cas de radiologie gastroduodénale. — *Amer. Journ. of Radiol.* 1919, V. 6, p. 571.

- GUÉNAUX. — Diverticule du duodenum. — *Bull. et Mém. Soc. Radiol. Méd. France*, N° 223, 12 novembre 1935, p. 566.
- GUÉNAUX et VASSELLE. — Etude radiologique du bulbe duodénal à l'état normal et pathologique. — *Paris Méd.*, 7 avril 1923.
- GUTMANN. — Les syndromes douloureux épigastriques. — 2 volumes.
- HANKE. — Clinique et traitement chirurgical des diverticules vrais du duodenum. — *Arch. of. Klin. Chir.*, V. 168, fasc. 3 et 4, 2 janvier 1932, p. 720-742.
- HARRIS. — Diverticule du duodenum rempli de calculs. — *The British Med. Journ.*, 11 juin 1932, p. 1080.
- HILLEMAND et GARCIA-CALDERON. — Les diverticules du duodenum. — *Science méd. pratique*, 1^{er} mai 1934, N° 9.
- HOORSCH. — Diverticule de l'angle duodenum jejunal. — *Brun's Beit z Klin. Chir.*, V. 158, N° 4, 18 octobre 1933, p. 381-388.
- HORTON et MULLER. — Etude anatomique des diverticules duodénaux. — *Arch. of. Surg.*, V. 26, N° 6, juin 1933, p. 1010-1034.
- HOSEMANN (G.). — Clinique des diverticules vrais du duodenum. — *Zentral für Chir.*, V. 59, N° 2, 9 janvier 1932, p. 111-112.
- JENTZER (R.). — Les diverticules du duodenum. — *Arch. Mal App. digestif*, T. 24, N° 1, janvier 1934, p. 39-63.
- JONCKHEERE. — Diverticule géant de l'angle duodéno-jejunal. — *Soc. Belge de gastro-entérol*, 27 mai 1933.
- KELLER. — Quatre cas de diverticules du duodenum. — *Bull. Soc. Radiol. Méd. Franç.*, T. X, 1922, juillet, p. 180.
- KOHLER (B.). — Les diverticules du duodenum. - Leur influence sur la pathogénie des affections des voies biliaires. — *Acta Chirurg. Scandinava*, V. 70, N° 4, juillet 1932, p. 59-77.

- LAGOUTTE et ROUSSELIN. — Un cas de diverticule du duodenum. — *Soc. Chir. de Lyon*, 22 décembre 1932. — In *Lyon Chirurgical* 1933, p. 347.
- LANOS. — Diverticule de D 2. — *Soc. Chirg. de Paris*, 3 mai 1935. — In *Bulletins*, T. 27, N° 8, p. 244-248.
- LECENE. — Diverticule duodénal. - Excision. - Guérison au bout de 3 ans. — *Bull. et Mémoires Soc. Nat. de Chir.*, 4 novembre 1925, p. 939.
- LEEMANS. — Diverticule du duodenum. — *Le Scalpel*, V. 87, N° 18, 6 mai 1933, p. 632-667.
- LEFORT. — Diverticule de D 3, résection, guérison. — *Soc. Chir. Paris*, 20 mai 1932, in *B. et M. Soc. Paris*, T. 24, N° 8, 1932, p. 287-295.
- LEMAITRE. — Trois cas de diverticules du duodenum. — *Soc. Méd. du Nord*, janvier 1-926, in *Presse Médicale*, 10 février 1928.
- LEMMEL. — La valeur clinique des diverticules duodénaux. — *Arch. of Ve Krankheiten*, juillet 1934.
- LENOIR, GILSON et BARIÉTY. — Un cas de diverticule du duodenum. — *La Médecine*, juillet 1924.
- LETULLE. — Les diverticules périveratériens. — *Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1898.
- LETULLE et NATTAN LARRIER. — *Bul. Soc. Biol. Paris*, 1894.
- LEVERING. — Perforation d'un diverticule duodénal. — *Ann. of. Surg.*, V. 97, N° 5, mai 1933, p. 787-790.
- LÉVY (Max), LAMARE et PIGNEY. — Diverticule duodénal et hémorragie. — *Soc. Gastro-entérol. Paris*, 11 mars 1935, in *Arch. Mal. App. digestif*, T. 25, N° 5, mai 1935, p. 527-529.
- LOB, BEITRAG ZUR. — Pathologie der duodenal divertikel. — *Deustch Zeitsch f. chir.*, V. 239, 30 Janvier 1933, p. 235.
- LOEPER et BIOY. — Les crises abrégées des diverticules du duodénum. — *Arch. Mal. App. Digestif*, T. 25,

- LOEPER. — Le diverticule duodénal. — *Clinique et Laboratoire*, Avril 1935.
- MAC LEAN. — Duodenal diverticulitis. — *Annof Surg*, V. 85, 1927, p. 73. - Diverticula of duodenum. — *Surg Gynandobst*, V. 32, juillet 23, p. 6.
- MAC QUAY. — Les diverticules du duodenum et leur traitement chirurgical. — *Annof Surg.*, V. 89, N° 1, janvier 1929, p. 36-47.
- MARESCHAL (R.). — Diverticule du duodenum. — *Gaz. Méd. de France*, 15 Février 1931. - *Cahier de gastro-entérologie*.
- MARIE. — Les diverticules duodénaux périvatériens. — *Soc. Anatom. Paris*, 1899.
- MARUANI (F.). — Etude clinique et radiologique des diverticules congénitaux du duodenum. — *Thèse de Paris*, 1928.
- MARTINOTTI (G.). — Images illusoires de diverticules duodénaux. — *Radiologie Médica*, N° 11, Novembre 1934, p. 1266-1286. - *In Arch. Mal App. Digest.*, juillet 1935, p. 768.
- MAYO (W.). — *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, V. 69, 1917, p. 783.
- MIALARET. — Les diverticules du duodenum. — *Thèse de Paris*, 1936, Maloine, édit.
- MOLLO. — Les diverticules du duodenum. — *Il. Polichinico-Sez Chir.*, V. 38, N° 4, 15 Avril 1931, p. 201-212.
- MOORE (E.-G.). — Les diverticules du duodenum. — *Arch. of Surg.*, T. I, 1920, p. 513-523.
- MONSARRAT. — *Brit. Journ. of Surg.*, V. 14 Juillet 1926, p. 179.
- MOREAU. — Diverticule du duodenum. — *Soc. Belge de Gastro-entérologie*, 1^{er} Février 1930. - *In Arch. Mal. app. digestif*, V. 20, 1930, p. 368.
- MORLEY. — Diverticulose et diverticulite du duodenum et du colon. — *The Lancet*, N° 58-22, 30 Mars 1935.

- MOTEL-DORFMAN. — Contribution à l'étude des diverticulites duodénales. — *Thèse de Paris*, 1934.
- MULLER. — Duodenal divertikel mit kompression des ductus choledocus. — *Centralbl of Allgemeine Pathog. une pathog. Anat.*, V. 38, p. 591, 1926.
- NAGEL (G.-W.). — On usuals conditions in the duodenum and their signifiante. — *Arch. of Surg.*, V. II, Octobre 1925, p. 529-549.
- OHNELL. — Zur frage der Klinischen Bidentzung du duodenal diverticula. — *Arch. for Verdauungs Krankheiten*, T. 31, 1923, cah. 3 et 4, p. 127-174.
- PAUCHET et VASSELLE. — Diagnostie et traitement des diverticules du duodenum. — *Science Médicale Pratique*, Mai 1927.
- PAUCHET et VASSELLE. — *Société des Chir. de Paris*, 4 et 18 Mars 1927. — *Paris Chir.*, Mars-Avril, V. 19, N° 3, 1927, p. 91.
- PEYCELON et CHAPUIS. — Diverticule de la 1^{re} portion du duodenum sans ulcus. — *S. N. de médecine et des sciences médicales de Lyon*, 19 Décembre 1934.
- PENDERGRASS. — Diagnostie radiologique des diverticules du duodenum. — *Journal of surf.*, V. 5, N° 5, Novembre 1928, p. 491-497.
- PIGNATTI. — Sur les diverticules du duodenum. — *Arch. Ital. di chirg.*, V. 27, fase. 3, 6 Octobre 1930, p. 333-357.
- POPOVIA. — Diverticule du duodenum. — *Spitalui*, V. 55, N° 6, Juin 1935.
- RAZEMON, VANDENDORP et GARRAUD. — Pseudodiverticule para-ulcéreux du duodenum. — *Echo Médical du Nord*, T. 3, N° 9, 1935, p. 346-350.
- F. RAMONA QUENU et JACQUELIN. — Un cas de diverticule de la 3^e portion du duodenum diagnostiqué et réséqué. — *Société de Gastro-entérologie de Paris*.

- ROBINEAU et GALLY. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des diverticules du duodenum.
- ROMEUX et TSANY. — Gros diverticule duodénal à symptomatologie clinique imprécise.
- ROSENTHAL. — Kovmen duodénal divertikel eine klinische bendent tung erlangen. — *Mediz Klin*, V. 4, N° 37, 13 Septembre 1908, p. 1421.
- ROUX BERGER. — *Société de Chirurgie*, 28 Octobre 1925.
- SARDI. — Diverticules du duodenum. — *Réform. Méd.*, N° 2, 14 Janvier 1933.
- STEPP et GUTZEIT. — Rapports entre les diverticules duodénaux et les maladies du foie et des voies biliaires. — *Mediz. Klin*, V. 26, N° 14, 4 Avril 1930, p. 491-493.
- SURMONT et MARIE. — Double diverticule du duodenum avec stase prolongée. — *Bull. Soc. de Radiol. Méd. de France*, V. 18, N° 165, Janvier 1930.
- TIEDEMAN. — Modification rare du duodenum et de la partie supérieure du jejunum.
- TYLER. — Diverticule du duodenum. — *Nebraska Med. Journal*, T. 6, 1921, p. 41.
- UNGERMANN. — Diverticulis phlegmonosa. — *Verchous Arch. fur Pathol. Anat.*, V. 193, 1908, p. 445.
- VAUTRIN et FOERCHÉ. — Technique du décollement duodénal. — *Arch. prov. de chir.*, V. 26, 1923, p. 193-198.
- VEINEJOU (DE). — Diverticule duodénal. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Marseille*.
- VILLANUEVA. — Radiologie des div. congénitaux du duod. — *Arch. méd. chir. especialidades Madrid*, T. 37, N° 31, 4 Août 1934.
- WARMOIS. — 7 cas de diverticules duodénaux. — *Soc. Belge de gastro-entérologie*, 25 Mars 1933. - *Un journal belge de gastro-ent.*, T. 1, N° 3, Mars 1933, p. 117-120.

- Kyste hydatique mort calcifié du mésocolon associé à un diverticule du duodenum. — *Société Belge de gastro-entérologie*, 25 Mars 1933.
- WEIGEL. — Diverticules et pseudo-diverticules du duodenum : 2 cas opérés. — *Bull. et Mém. Soc. radiolog. méd. franç.*, V. 20, N° 193, Novembre 1932, p. 574.
- WIEDHOPF. — Deux cas de diverticule du duodenum. *Zentralbl. für chr.* 1932, N° 2, p. 113.
- WSEWOLOD KORCHOW. — Un cas de formation d'un diverticule artificiel du duodenum aux dépens du fond de la vésicule biliaire. — *Zentralblatt für chir.*, V. 55, N° 14, 3 Novembre 1928.
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE	
<i>Généralités sur les Diverticules Duodénaux</i>	15
Chapitre I. — Historique	15
Chapitre II. — Définition des Diverticules Duodénaux. — Etiologie. — Anatomie Pathologique et Histologie. — Classification	19
Chapitre III. — Pathogénie	25
DEUXIÈME PARTIE	
<i>La Radiologie du Diverticule Duodénal</i>	29
I. — Radiographie sans préparation	30
II. — Radiographie après opacification du Diverticule	30
III. — Les causes d'erreurs	34
TROISIÈME PARTIE	
ETUDE CLINIQUE	
<i>Différents types de syndromes. Hépatobiliaires rencontrés en même temps qu'un Diverticule Duodénal</i>	37
Chapitre I. — Généralités	37
Chapitre II. — Les manifestations à type de colique hépatique	41
Chapitre III. — Le type « Cholecystique aiguë ».	49
Chapitre IV. — L'ictère par rétention	51
Chapitre V. — La cirrhose et l'insuffisance hépatique	55
QUATRIÈME PARTIE	
<i>Le Diverticule Duodénal peut-il déterminer des troubles hépato-biliaires</i>	57
CINQUIÈME PARTIE	
<i>Le traitement</i>	67
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	73

